

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1939-1940 — N° 84

Etat actuel du traitement chirurgical du mégacôlon droit chez l'enfant et chez l'adulte

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 20 Janvier 1940

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Armand NOTTER

Interne des Hôpitaux de Lyon

Diplômé de Médecine Légale et de Psychiatrie

Né le 7 Mars 1912. à LYON (Rhône)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1940

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1939-1940 — N° 84

**Etat actuel du traitement chirurgical
du mégacôlon droit
chez l'enfant et chez l'adulte**

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 20 Janvier 1940

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Armand NOTTER

Interne des Hôpitaux de Lyon

Diplômé de Médecine Légale et de Psychiatrie

Né le 7 Mars 1912. à LYON (Rhône)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1940

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire.....
Doyen
Assesseur

M. L. HUGOUNENQ.
M. J. LEPINE.
M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN, PAVIOT,
NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....
Cliniques chirurgicales.....
Clinique obstétricale et Accouchements.....
Clinique ophtalmologique
Clinique dermatologique et syphiliographique.....
Clinique neurologique et psychiatrique.....
Clinique médicale infantile
Clinique gynécologique
Clinique d'oto-rhino-laryngologie
Clinique urologique
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.....
Clinique des maladies infectieuses.....
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....
Chimie biologique et médicale.....
Chimie organique et Toxicologie.....
Matière médicale et Botanique.....
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
Anatomie
Histologie
Physiologie
Pathologie interne.....
Pathologie générale et thérapeutique.....
Anatomie pathologique.....
Chirurgie opératoire.....
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie.....
Médecine légale.....
Hygiène
Pharmacologie et Pharmacologie.....
Hydrologie thérapeutique et Climatologie.....

MM. FROMENT.
SAVY.
PATEL.
BERARD.
VORON.
BONNET.
FAVRE.
LEPINE (J.).
MOURIQUAND.
COTTE.
REBATTU.
CIBERT.
TAVERNIER.
COURMONT.
J. CHALIER.
PONTHUS.
FLORENCE.
MOREL.
MANCEAU.
GUIART.
LATARJET.
POLICARD.
HERMANN.
CORDIER.
CADE.
J-F. MARTIN.
SANTY.
ARLOING (F.).
MAZEL.
ROCHAIX.
LEULIER.
PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale.....
Chargé d'un cours d'Embryologie.....

MM. THEVENOT (Léon).
NOEL.

AGREGES

MM
GABRIELLE
CHAMBRON
REVOL
ENSELME
SEDALLIAN
CREYSEL
DE ROUGEMONT

MM
P. RAVAUULT
PIGEAUD
CROIZAT
DELORE
JOSSERAND
MORIN
BERTRAND

MM.
CLAVEL
LEVRAT
BANSSILLON
MALLET-GUY
ROMAN
PEYCELON
JOURDAN

MM
FROMENT (R.).
MARTIN (P.-E.).
MOUNIER-KUHN
BROUSSY
PIFFAUT

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. PATEL, président, PONTHUS, assesseur ;
GUILLEMINET.



La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA GRAND'MERE

A MON PERE

A MA MERE

Je les réunis tous trois dans la même immense affection pour tout ce qu'ils ont fait pour moi.

A MA FIANCEE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL

Professeur de Clinique Chirurgicale

Depuis que nous avons l'honneur d'être son élève, il a bien voulu nous manifester toujours le plus bienveillant intérêt, nous prodiguant paternellement en toutes circonstances son aide et ses conseils. Après nous avoir guidé dans notre travail qu'il a inspiré, il nous fait le très grand honneur de présider notre jury.

Qu'il veuille bien trouver ici le trop faible témoignage de notre profonde reconnaissance et de notre très respectueux attachement. Qu'un jour prochain nous permette de suivre à nouveau son lumineux enseignement.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. PONTIUS

Professeur de Physique Médicale

Nous avons eu l'honneur d'être son élève au Centre anticancéreux où il nous donna de multiples témoignages de sa bienveillance en nous faisant participer aux applications cliniques d'une science qu'il enseigne avec autant de compétence que de dévouement. Deux voyages entrepris communément et les hasards de la guerre en nous rapprochant à nouveau nous le font considérer comme un Maître et un Ami.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUILLEMINET

Chirurgien des Hôpitaux

Les circonstances de la guerre nous ont permis d'être son élève. Au cours des quelques mois passés à ses côtés nous avons pu apprécier la qualité et le charme de son enseignement. Avec indulgence il nous a initié à l'orthopédie et au cours de l'élaboration de ce travail ne nous a jamais ménagé ses conseils. Nous ne saurions trop le remercier ici pour tout ce que nous lui devons.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COTTE

Professeur de Clinique Gynécologique

Au cours du semestre d'Internat au Service de Gynécologie de l'Hôtel-Dieu il nous a témoigné la plus grande bienveillance et nous a fait participer à son enseignement si vivant dans l'ordre biologique et opératoire.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TRILLAT

Accoucheur des Hôpitaux

C'est toujours avec le plus grand plaisir que nous revoyons ce Maître, car nous connaissons et apprécions l'amabilité de son accueil, la cordialité de ses conseils et son enthousiasme communicatif.

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR LAROYENNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COTTE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAVIOT

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

MONSIEUR LE PROFESSEUR SAVY

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURIQUAND

Internat :

MESSIEURS LES DOCTEURS BERARD et IMBERT,
Hôpital R. Sabran, Giens.

MESSIEURS LES PROFESSEURS BERARD et PONTUS
Centre anticancéreux

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RHENTER

MONSIEUR LE PROFESSEUR COTTE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TRILLAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

A MES CAMARADES DE L'EXTERNAT
ET DE L'INTERNAT
DES HOPITAUX DE LYON.

A MONSIEUR LE MÉDECIN COMMANDANT PEYRUS
Chirurgien et Spécialiste des Hôpitaux Militaires
Médecin-Chef de l'Ambulance Chirurgicale 236

A NOS MAÎTRES ET A NOS CAMARADES OFFICIERS
DE L'AMBULANCE CHIRURGICALE 236

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

Etat actuel du traitement chirurgical du mégalon droit chez l'enfant et chez l'adulte

INTRODUCTION

Ce sujet nous a été inspiré par notre Maître, M. le Professeur Patel. Il nous a, en effet, livré la très belle observation d'une malade dont nous avons pu juger les excellents résultats à distance et qui résume l'état actuel du traitement chirurgical du mégacôlon constitué chez l'adulte et plus particulièrement du mégacôlon localisé au côlon droit.

Nous avons voulu à cette occasion rechercher également les modifications de la thérapeutique chirurgicale apportée au cours de ces dernières années chez l'enfant et chez l'adulte et sans décrire plus particulièrement le traitement du mégacôlon droit extrêmement rare chez l'enfant, nous reproduirons trois observations que nous a communiquées M. le Professeur Agrégé Guilleminet et à partir desquelles on peut tirer des conclusions générales sur la conduite du traitement du mégacôlon droit chez l'enfant.

Il nous a paru également intéressant de faire une brève étude pathogénique pour voir le chemin parcouru dans l'étude de cette affection rare dont nous avons une des premières mises au point dans le rapport de M. Patel au VI^e Congrès de Gynécologie,

d'Obstétrique et de Pédiatrie à Toulouse (septembre 1910). Pathogénie qui est à la base des diverses théories chirurgicales telles que les ont également décrites MM. Patel et Gayet (*Lyon Chirurgical* 1911).

La thèse de Seillé donne une idée exacte de la question du traitement chirurgical il y a une dizaine d'années, mais la thérapeutique s'est quelque peu modifiée depuis, chez l'enfant. Le rapport de M. Boppe au Congrès des Pédiatres de Langue Française à Paris (oct. 1938) nous a grandement facilité l'étude de cette question à tendance actuelle neuro-chirurgicale. Chez l'adulte enfin nous avons cru devoir limiter la question au mégacôlon droit afin de ne décrire qu'une technique d'autant plus précise qu'elle s'adresse à un segment localisé du gros intestin.

Nous tenons à remercier ici le Docteur Rigal pour la bibliographie et la documentation nombreuse de sa bibliothèque qu'il a mis obligeamment à notre disposition.

Après un bref rappel historique, nous ferons une très rapide revue générale des notions étiologiques, anatomo-pathologiques pour nous étendre davantage sur les théories pathogéniques qui sont à la base des diverses techniques chirurgicales aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte. Nous montrerons ensuite l'individualité du mégacôlon droit pour terminer par l'étude générale du traitement chirurgical du mégacôlon qui a des indications différentes suivant qu'il s'agit d'un enfant ou d'un adulte.

Rappel historique

Alors que l'anatomiste Ruysch se bornait à noter au xvii^e siècle l'énorme dilatation du côlon à l'ouverture d'un cadavre, Hirschprung, en 1890, donne la première description anatomo-clinique de l'affection à laquelle les auteurs anglo-américains donnent le nom de dilatation idiopathique du gros intestin.

Formad, Ossler, Concetti et Giordano lui donnent le nom de mégacôlon en élargissant le cadre du syndrome tracé par Hirschprung chez le jeune enfant.

Grâce à la vulgarisation des techniques radiologiques et rectoscopiques on a pu mettre en évidence des cas de plus en plus nombreux (Bensaude, 1911).

La thérapeutique chirurgicale avait déjà à son actif 94 cas dans la thèse de Danziger et l'article de P. Duval en 1909, M. Patel cite 114 cas opérés sur 223 cas rapportés au Congrès de Toulouse en 1910. De même Tuffier, Cerné et Delaforge, Fabre de Parrel, Guinard, Duval, Morestin puis Veau, Monot, Gosset, Lecène, Lardennois, rapportent de nombreux cas opérés à l'étranger; on relève de nombreux mémoires italiens avec Giordano et Rossi, allemands avec Perthes, Danziger, Schmidt, Versé, Joeffet; anglais avec Hall, Brook, Hawkins, Feldmann, Finney.

En 1929, Seillé décrit 63 observations de malades traités chirurgicalement suivant deux procédés surtout: 1^o iléo-sigmoïdostomie avec exclusion unilatérale; 2^o colectomie.

Boppe rapporte enfin tout récemment 119 observations de sympathectomies chez l'enfant.

NOTIONS ÉTIOLOGIQUES
ANATOMO PATHOLOGIQUES
ET PATHOGÉNIQUES

La définition même du mégacôlon exclut toutes les ectasies coliques symptomatiques d'un obstacle anatomique quel qu'il soit, primitivement apporté au cours des matières. Pour M. Patel « on doit entendre toute dilatation permanente du gros intestin, localisée ou généralisée, existant seule pour son propre compte ». Pour MM. Duval et Gatellier, il faut entendre de même « toutes les dilatations du côlon d'origine congénitale, qui ne sont pas consécutives à un obstacle mécanique au cours des matières ». Cette définition du mégacôlon l'isole nettement du dolichocôlon qui est caractérisé par une longueur anormale de tout ou partie de côlon sans augmentation de calibre (Lardennois et Aubourg).

Le mégacôlon considéré dans l'ensemble de la pathologie chirurgicale est certainement une *affection rare*, mais nous avons vu qu'on peut grouper un nombre impressionnant de cas et si nous considérons la statistique établie par M. Patel en 1910, sur 223 cas, nous relevons la grande fréquence chez l'enfant, 150 cas par rapport à l'adulte 73 cas.

Lowenstein a en outre montré la plus grande fréquence, chez l'enfant même, de l'apparition dans les premières années de la vie : 55 fois à la naissance, 13 fois la première année et 13 fois entre 1 et 20 ans.

Suarez, élève de Marfan, a enfin insisté sur le fait que le mégacôlon serait particulièrement répandu chez les enfants nés avant terme.

Chez l'adulte le mégacôlon peut débiter à la suite de troubles atteignant le tube digestif (typhoïde, dysenterie).

Le mégacôlon peut se voir enfin chez le vieillard et Versi a rapporté un cas à 76 ans.

Le sexe masculin semble le plus atteint dans la plupart des statistiques : 7 fois plus de garçons que de filles pour M. Patel, deux fois et demi pour M. Bocca.

La dilatation peut affecter différents types anatomiques : totale, intéressant le gros intestin sur toute son étendue; mi-segmentaire, polysegmentaire, diverticulaire, exceptionnelle dont l'aspect rappelle celui des anévrysmes sacciformes.

Si nous étudions la statistique de M. Patel plus particulièrement *en ce qui concerne le mégacôlon droit*, nous relevons deux cas chez l'adulte et un cas chez l'enfant sur 223 cas.

L'anse sigmoïde est la plus souvent dilatée, 54 % des cas dans la statistique de M. Patel.

A l'ouverture de l'abdomen, le côlon présente une dilatation telle qu'il masque tous les autres viscères avec dimensions en moyenne de 20 centimètres de calibre au niveau du cæcum, et à 14 centimètres pour l'anse sigmoïde. Les dimensions du côlon sont extraordinaires au point qu'on a parlé d'intestin de bœuf, de cheval, de cuisse d'adulte, et que Walker a pu les comparer à une jambe fléchie sur la cuisse.

La dilatation peut aller jusqu'à 55 cms pour Leroy des Barres, 76 cms pour Jaboulay et Fütterer. La capacité va de pair avec la dilatation, allant jusqu'à 20 litre. La longueur de l'intestin ectasié est augmen-

tée également mais dans de moins fortes proportions. Zoepfel prétend que cette longueur est normale dans le mégacôlon mais dans la réalité il y a presque toujours allongement, qui tient à la dilatation et à l'allongement du méso.

Mais, fait capital, quelles que soient les dimensions du mégacôlon, en aucun cas il ne présente à son extrémité inférieure un rétrécissement. L'absence de sténose vraie est la caractéristique essentielle du mégacôlon. Cette dilatation se termine progressivement en entonnoir sur les segments intestinaux voisins.

— *L'anatomie pathologique* d'un tel côlon révèle aux lésions macroscopiques des parois épaissies, dures, au point de les rendre cartonneuses sur deux ou trois cm.

La surface externe de l'intestin revêt un aspect nacré qu'à montré Morestin, rappelant pour Tuffier l'aspect d'un kyste de l'ovaire. L'aspect de la surface muqueuse est toujours profondément modifié avec des plis effacés et un aspect rouge et tuméfié — dans un tiers des cas on peut rencontrer des ulcérations à sa surface.

Après ouverture de l'intestin, on constate que la paroi ne s'affaisse pas comme normalement, qu'elle est friable et se déchire facilement.

La lumière intestinale est remplie de matières miliquides, mi-solides, très fétides. Les calculs stercoraux souvent très gros existent presque toujours : parfois énormes : 1.450 gr. (Tuffier).

Coexistant avec cet épaississement des parois coliques, on rencontre un méso épais, infiltré, chargé de

ganglions lymphatiques — presque toujours allongé et dans lequel les auteurs étrangers anglo-saxons ont mis en évidence les diverticules intestinaux (Maxwell-Telling, Lockhart, Mummery, Dumm et Wooley), qu'on rencontre, semble-t-il, surtout sur le sigmoïde (Cruvelhier) et qui seraient à l'origine des méso-sigmoïdites. (Cf. *Thèse* de Soustelle. Les sigmoïdites, Lyon, 1937).

— *L'aspect histologique* révèle également un épaississement de toute la paroi.

Lésions présentant quelquefois une limite inférieure brusque au-dessous de laquelle l'intestin est normal, le plus souvent on remarque une transition entre la zone dilatée et la zone sous-jacente vraie.

Les glandes muqueuses sont augmentées en nombre et hypertrophiées, ainsi que les cellules épithéliales et la muscularis mucosæ. (Chevassu.)

La sous-muqueuse est très épaissie : 7 à 8 mm. avec des faisceaux conjonctifs très épais et de nombreux vaisseaux sanguins.

La couche circulaire de la musculouse est très épaissie avec des fibres musculaires bien conservées, des noyaux nets. La couche longitudinale le plus souvent est presque normale, parfois avec une épaisseur légèrement augmentée.

Au fort grossissement on voit une véritable dissociation des fibres musculaires et élastiques par une infiltration inflammatoire considérable avec des lésions d'artérite chronique constante et une séreuse infiltrée, épaissie, aux vaisseaux sanguins et lymphatiques élargis.

EVOLUTION DES THEORIES PATHOGENIQUES

Il semblerait qu'avec le temps et les progrès réalisés dans la connaissance des cas maintenant nombreux publiés de mégacôlon, l'accord devrait être réalisé sur la pathogénie du mégacôlon.

Il n'en est rien et les théories sont encore trop nombreuses pour clarifier la question.

La théorie congénitale n'a guère évolué, — qui veut faire en accord avec Hirschprung, du mégacôlon, une affection idiopathique de même que pour la théorie du mégacôlon symptomatique par manifestation secondaire d'un état pathologique primitif. Seule s'est amplifiée la théorie neuro-musculaire, qui jusqu'à ces dernières années invoquait une altération primitive des parois de l'intestin, commandée par une innervation primitivement défectueuse. Cette dernière théorie s'efforce de rallier la théorie congénitale.

La théorie de la malformation a été bien formulée par Hirschprung qui a insisté sur le fait que la dilatation du mégacôlon était bien différente de celle anatomiquement constatée au-dessus d'un obstacle.

« Selon moi, rien n'indique qu'il y ait, dès le commencement, des difficultés péristaltiques, qui aient causé l'affection. Cela me paraît contredit par la for-

me ondulante de l'intestin, avec ses parties alternativement dilatées et étroites, toutes participent à l'hypertrophie, et aussi par l'absence de rétrécissement ou d'adhérences. C'est pourquoi je considère la déformation en question comme le résultat d'un défaut dans la première disposition intra-utérine ».

Mya et Pierre Duval admettent que la lésion primitive est une ectasie limitée du côlon avec hyperplasie conjonctive de la paroi qui gêne le transit intestinal, amenant la stase, d'où lutte du côlon sus-jacent et hypertrophie secondaire de la musculuse.

Pour Ockinzyck, la lésion observée dès la naissance résulterait d'un volvulus fœtal survenu après le troisième mois.

Les théories de la dilatation symptomatique

Les partisans de cette théorie nient le mégacôlon congénital idiopathique, mais admettent qu'un vice de disposition congénitale peut commander la déformation.

La dilatation symptomatique d'un obstacle au cours des matières est très diversement interprétée par les auteurs.

Pour Neugebauer, ce serait une coudure de l'intestin par longueur anormale de l'anse sigmoïde. On pourrait ainsi expliquer la plus grande fréquence du mégacôlon chez l'enfant et dans le sexe masculin; souvent, en effet, on remarque une coudure au niveau de la jonction recto-sigmoïdienne, plus le bassin est

étroit, plus la coudure est fréquente, déterminant une sorte de soupape (Perthes).

De même Ockinzyck invoque la méso-sigmoïdite rétractile rapprochant les deux pieds de l'anse sigmoïde, en favorisant la torsion.

L'hypertrophie des valvules de Houston a été naturellement invoquée, elle formerait un véritable diaphragme pour Bensaude et Sorrel, de Jong et Musken.

Les flexuosités du sigmoïde ont incité Marfan à penser qu'il s'agissait surtout d'un dolicho-côlon, avec Jonnesco, Juvara, Jacobi. Johanessen, Gourevitch, Neter et Gaujoux ont été jusqu'à nier l'existence d'une maladie de Hirschprung.

Enfin, sans parler d'obstacle anatomique, Comby, Bensaude, Lardennois, font jouer un rôle au spasme d'un segment sous-jacent, soit spasme de la charnière recto-sigmoïdienne, soit spasme-anal : procto-spasme. Ces auteurs invoquent surtout le fait que la dilatation anale a pu guérir les mégacôlons.

Convient-il de faire valoir comme un argument en faveur de cette théorie les constatations qui nous ont été signalées par M. Guilleminet chez des enfants atteints de mégacôlon. Ce chirurgien a été frappé par la fréquence de la simultanéité du mégacôlon infantile et des malformations de l'anus sur un ensemble de 8 cas, 4 filles avaient des anus vulvaires et les garçons, deux imperforations anales opérées à la naissance. Il est en effet de constatation courante que l'anus vulvaire des fillettes s'accompagne de constipation comme s'il y avait sténose congénitale de l'orifice anormal. En réalité chez un nouveau-né ou un nourrisson

atteint d'anus vulvaire, un examen radiologique immédiat permet de noter une dilatation du gros intestin sus-jacent. Nous reviendrons plus loin sur la discussion de ces faits qui nous semblent devoir s'expliquer autrement que par des considérations mécaniques.

Les théories neuro-musculaires

Alors que Walker et Griffith faisaient, en 1893, de la colite chronique, un facteur essentiel de l'altération pariétale primitive, Concetti parlait d'une aplasie du muscle intestinal pour expliquer l'hypertrophie. Les auteurs ont ainsi incriminé à leur suite l'aplasie des diverses couches intestinales : Levi, celle des fibres longitudinales, Pétrivsky celle du tissu élastique.

Hawkins, en 1907, localise la lésion sur le système nerveux à la suite de Formad, Fids, Lennander, Richardson et de Bing, ces derniers auteurs invoquant une faiblesse spéciale du système nerveux, plus particulièrement sympathique.

Des arguments cliniques, thérapeutiques, anatomopathologiques, ont été par la suite apportés à l'appui de cette théorie.

C'est ainsi que Finkelstein cite le cas d'un mégacôlon chez un enfant atteint de syphilis cranio-cérébrale, Mouriquand et Bernheim chez un enfant atteint de myopathie, Bensaude, Cain et Layani observent un cas de mégacôlon après une encéphalite épidémique. Ces arguments cliniques sont parfois endocriniens

aussi bien que nerveux : on a pu relever l'association mégacôlon et myxœdème, mégacôlon et acromégalie (Carnot).

Par ses recherches anatomo-pathologiques, Ishikawa aurait enfin montré des fibres sacrées autonomes qui se rendent au côlon sigmoïde et qui seraient parasymphatiques.

La chirurgie du sympathique abdominal basé sur les faits établis par Langley et Anderson : excitation du sympathique lombaire provoquant un arrêt du péristaltisme colique avec dilatation consécutive, a permis à Royle et Wade, en 1927, de faire les premières ramisections sympathiques suivies par Judd et Adson, Rankin et Learmonth, Leriche (1929), Jonney et White, enfin Gatellier et Merle d'Aubigné (1935).

Rohmer et Valette, en décembre 1938, émettent les conclusions suivantes sur la pathogénie nerveuse du mégacôlon : ce serait une dystonie vago-sympathique avec prédominance du sympathique grâce à un mécanisme d'origine centrale ou périphérique, les auteurs apportent à l'appui des interventions chirurgicales, les observations faites après les rachianesthésies par Stabins, Morton et Scott (1932), arguments qui paraissent en grande partie empiriques.

Que peut-on conclure devant une telle diversité de pathogénies les plus divergentes, au point que Sencert en était arrivé à distinguer trois catégories de mégacôlon : mégacôlon congénital « à la naissance », gigantisme localisé de l'intestin; mégacôlon acquis, consécutif à un obstacle mécanique; mégacôlon tissulaire ?

M. Patel, en 1910, avait abouti devant l'égale diversité des théories pathogéniques, aux conclusions suivantes : « le mégacôlon est dû à une malformation *d'origine* congénitale que viennent révéler la mise en fonction et le fonctionnement du gros intestin ».

Seillière s'est efforcé également dans sa thèse de faire une sélection dans les diverses théories exposées et il n'admet pas l'affection congénitale, mais en ferait une maladie acquise, secondaire à un obstacle que l'hypertrophie musculaire colique essaye de forcer.

Au début, l'hypertrophie marche de pair avec la dilatation : lésion compensée, plus tard il y aurait affaiblissement d'abord intermittent de la musculature, pour aboutir à un stade d'atonie complète. La lésion déterminante pourrait être ainsi une exagération d'un dolichocôlon extrêmement fréquent chez l'enfant, la stase fécale relevant en outre d'un spasme du sphincter.

Il semble bien que cette opinion soit trop exclusive. Si on peut admettre l'explication d'une malformation congénitale seule, puisque le mégacôlon, en dehors du cas d'Ammon, n'aurait jamais été retrouvé chez le fœtus, on peut très bien admettre, avec Mya, Concetti et Duval, qu'il est « d'origine congénitale ». Comme nous l'avons dit plus haut, M. Guilleminet, sur les 8 cas qu'il a observés a fait des constatations qui semblent bien faire pencher en faveur de l'hypothèse congénitale : n'est-il pas troublant, en effet, de constater 6 malformations congénitales anales associées. Cet argument peut cependant être retourné en faisant valoir le caractère secondaire pour certains de ces

mégacôlons à la malformation primitive, plus bas située, et d'autre part on peut invoquer aussi une *malformation régionale* à laquelle *peut participer l'innervation locale*; mais ceci ne nous paraît pas soutenable et nous serions plus porté à croire que comme pour nombre de malformations d'autres régions, le trouble évolutif ici a été diffus, intéressant à la fois l'intestin terminal, l'orifice anal et le système nerveux de commande de tout ce dispositif.

Il semble, en effet, plus logique d'admettre *l'origine congénitale de lésions* prédisposant non seulement le côlon lui-même, mais son méso et ses connections nerveuses, pour aboutir à cette dilatation monstrueuse, définitivement constituée, avec son cortège de signes inflammatoires secondaires, coliques et péri-coliques.

Ne se trouvent donc pas exclues ainsi les pathogénies qui transformeraient peu à peu en un mégacôlon un dolichocôlon congénital qui s'évacue mal, surtout chez l'enfant, avec la possibilité de lésions neuromusculaires sur lesquelles on pourrait agir de préférence dans les premiers stades. De même les pathogénies de la dilatation symptomatique et de l'altération primitive des parois peuvent se concilier chez l'adulte, où le mégacôlon se comportera comme une maladie constituée et qu'il faudra traiter comme telle.

ETUDE GENERALE DU TRAITEMENT
CHIRURGICAL DES MEGALONS

Hirschprung, en 1886 et 1896, s'était trouvé désarmé devant les six cas qu'il avait isolés de la pathologie chirurgicale et avec Martin, Hobbs, Skelding, Feldmann, il s'était borné à pratiquer des ponctions intestinales.

Pierre Duval, en 1909, publie les résultats opératoires des 94 cas de la thèse de Danziger et conclut à la supériorité du traitement chirurgical sur le traitement médical.

M. Patel, en 1910, fait le bilan des interventions : la laparotomie exploratrice et la colostomie sont sans valeur, la colotomie dangereuse et, enfin, illusoires les coloplicatures et colipexie.

Par contre, M. Patel donne une place très importante à l'*iléo-sigmoïdostomie* avec exclusion unilatérale, opération bénigne par rapport à la colectomie frès rationnelle, mais beaucoup plus meurtrière : 50 % de cas de mort pour les enfants et 62 % pour les adultes (intervention en un temps).

La colectomie en plusieurs temps et surtout précédée d'un anus cæcal donnerait les suites éloignées les meilleures.

De l'ensemble des faits observés, M. Patel dégageait les idées suivantes au sujet des indications opératoires : chez le jeune enfant, 2 à 5 ans, interventions exceptionnelles. Chez l'enfant de 5 à 15 ans, colectomie précédée d'un anus cæcal chez les sujets porteurs d'un mégacôlon limité seulement.

Chez l'adulte.

1° *En cas de tumeur stercorale* : on peut fragmenter et extirper le fécacioïme par voie rectale si cela est possible ou bien s'efforcer de réaliser l'iléo-sigmoïdostomie avec exclusion unilatérale.

2° *En cas d'accidents aigus* : pratiquer une cœcostomie.

3° *En cas d'accidents chroniques* : le problème doit se résoudre comme chez l'enfant.

— M. Patel admettait plus volontiers l'exclusion unilatérale que la résection en plusieurs temps qui exposait alors aux dangers d'intervention dont la technique n'avait pas la rigueur de celles pratiquées actuellement.

— En 1929, Seillé, dans sa thèse, après avoir distingué l'échelle des traitements du mégacôlon, conclut : « Quand la lésion est définitivement constituée et forme un sac volumineux aux parois infiltrées de sclérose, incapables de revenir sur elles-mêmes, il n'y a qu'un traitement : le traitement chirurgical ».

S'il s'agit d'un mégacôlon sigmoïdien : colectomie segmentaire, s'il n'y a pas d'obstruction : deux procédés :

Colectomie avec entérorraphie immédiate.

Colectomie en trois temps avec extériorisation, résection secondaire de l'anus.

Seillé reconnaît au premier procédé l'avantage d'immobiliser moins longtemps le malade, alors que le deuxième procédé a le gros avantage de la sécurité.

En période d'obstruction intestinale, même légère en une période de volvulus : il n'y a qu'un procédé

qui puisse être proposé parce que donnant une sécurité absolue : *colectomie en trois temps*.

S'il s'agit d'un mégacôlon étendu à plusieurs segments coliques, le choix du traitement le meilleur est embarrassant.

En période d'obstruction, c'est l'anus cæcal qui permettra le mieux de faire cesser la rétention gazeuse et de refroidir progressivement la lésion.

En période « à froid » l'hémi-colectomie gauche avec entérorraphie immédiate, bout à bout, a paru donner à Gosset et Seillé, les meilleurs résultats, à condition de toujours faire précéder l'opération d'une cæcostomie de décharge.

En effet, on n'arrive jamais à désobstruer complètement un mégacôlon étendu où la putréfaction et la stagnation sont habituelles.

Pour le mégacôlon total enfin, deux méthodes peuvent être proposées :

Anastomose iléo-sigmoïdienne avec exclusion unilatérale ou la colectomie en un ou deux temps.

La prudence sera de fragmenter l'acte opératoire pour permettre à un malade très fatigué, intoxiqué, de supporter l'intervention.

Seillé conseille de faire d'abord une iléo-sigmoïdostomie basse avec exclusion unilatérale, puis d'attendre quelques mois, si l'amélioration est manifeste, s'en tenir là, si les troubles persistent, de compléter la première intervention par une colectomie totale.

Après avoir ainsi résumé les procédés opératoires successivement proposés, on voit mieux les étapes qui ont conduit peu à peu à l'établissement de don-

nées précises dans cette chirurgie du mégacôlon. Il est des interventions qui n'ont plus maintenant qu'un intérêt historique, comme les colostomies et les colotomies, ou bien qui n'ont aucune portée pratique comme la coloplicature et la colopexie.

Les interventions vraiment curatrices comme la colectomie, se sont au contraire précisées dans leurs indications.

Nous allons successivement envisager quel est l'état de la question du traitement chirurgical du mégacôlon droit en montrant les raisons de cette limitation segmentaire, nous insisterons plus particulièrement sur les interventions neuro-chirurgicales d'intérêt d'actualité chez l'enfant, et nous nous limiterons à l'étude précise de l'exérèse du côlon droit à propos de la très belle observation de M. Patel chez l'adulte.

LE MEGACOLON LOCALISE AU COLON DROIT

Dans les statistiques fournies par M. Patel en 1910 sur le mégacôlon, on relève trois cas chez l'enfant sur 107 observations et un cas chez l'adulte. Une très belle observation de Danziger est fournie avec figures à l'appui d'un mégacôlon droit chez l'enfant.

Nous n'avons pas retrouvé d'observations récentes chez l'enfant, de mégacôlon ainsi localisé et il semble bien que cette affection soit souvent méconnue ou à symptomatologie très floue par suite des caractères particuliers présentés par ce segment intestinal.

Chez l'adulte, par contre, nous avons retrouvé deux cas récents de M. Santy qui présentaient une symptomatologie à peu près analogue à celle de l'observation de M. Patel.

Quelles sont en effet les raisons de la physionomie particulière de la localisation droite du mégacôlon. Ce sont surtout des considérations embryologiques, physiologiques et cliniques qui expliquent cette individualité qu'on a déjà noté dans les néoplasmes des diverses portions intestinales.

Cette individualité se transpose sur le plan de la thérapeutique chirurgicale du gros intestin qui « ne gagne pas à être étudiée en bloc, il convient de l'étu-

dier par segments », disait Quénu, à propos du cancer des côlons.

Embryologiquement. — Le côlon ascendant, naît de la branche inférieure de l'anse ombilicale sous la forme d'un bourgeon apparu à la fin du premier mois de la vie embryonnaire. Il participe au triple processus d'allongement, de torsion et d'accolement de l'anse intestinale.

Après la torsion de l'anse primitive, le processus d'accolement se fait sur la ligne unissant la racine de la mésentérique supérieure à l'angle hépatique avant le quatrième mois, pour progresser ensuite de haut en bas et de dehors en dedans sur le mésocôlon ascendant (Frédet). Cet accolement sépare le mésentère jéjunal situé à gauche de l'artère mésentérique supérieure des mésocôlons ascendant et transverse.

A partir du diverticule droit du mésocôlon transverse, la fixation à la paroi se fait par les ligaments phrêno-coliques droits. Dans certains cas, l'angle droit est complètement fixé ainsi que le côlon ascendant par les replis hépato-coliques et réno-coliques, en d'autres cas l'angle est relativement mobile, tombant au-devant du côlon ascendant pour s'accoler à lui à canon de fusil en déterminant l'apparition du ligament duodéno-colique. Enfin dans certains cas, plus rares, il y a absence d'accolement du côlon droit. Cette formation embryologique explique certains caractères physiologiques et cliniques du mégacôlon droit qui participent à la fois d'une origine commune avec l'iléon et l'angle iléocæcal et d'autre part du côlon transverse et de ses angles.

Physiologiquement la stase stercorale est différente dans le premier segment du gros intestin où les matières sont surtout liquides, donnant ainsi des troubles fonctionnels moins marqués. Il y a également une tendance plus marquée à la circulation stercorale par rapport aux autres segments du gros intestin plus proches du rectum. Cannon et Barclay ont décrit un anneau de constriction, véritable sphincter à la jonction des côlons droit et gauche.

Cliniquement, le mégacôlon droit revêtira également une allure qui peut se rapprocher de la symptomatologie d'une occlusion du côlon transverse dans son milieu, aboutissant à une série de crises occlusives, comme dans le cas de M. Patel.

C'est, en effet, chez l'adulte, ces complications d'occlusion qui dominent le plus souvent la symptomatologie du mégacôlon droit.

Les lésions relevées à l'intervention expliquent bien un tel retentissement sur le transit intestinal. Le côlon droit et la moitié droite du transverse est dilaté et surtout présente des parois très épaisses avec des adhérences épiploïques qui unissent en canon de fusil le côlon ascendant et la moitié droite du transverse. On note de même une énorme rétraction du mésentère qui est infiltré et cartonné au même titre que les parois intestinales.

Chez l'enfant, si un examen baryté n'est pas systématiquement pratiqué en présence de troubles de constipation surtout associés à des malformations anales, on laisse passer inaperçue l'affection. M. Guilleminet fait ainsi systématiquement pratiquer cet

examen comme nous l'avons vu chez le nouveau-né ou le nourrisson suspecte d'avoir une telle malformation. Cette situation droite de la malformation est, en effet, d'autant mieux tolérée que les parois sont plus souples et susceptibles de réagir au transit de matières tout à fait liquides par rapport aux segments plus bas situés.

Enfin, il y aura rarement des signes d'occlusion ou de volvulus comme pour les formes basses sigmoïdiennes les plus fréquemment observées : en raison de la fixation relative du côlon droit, les accidents d'occlusion auront une apparition tardive et ne permettent pas un dépistage clinique du mégacôlon segmentaire plus particulièrement droit.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
CHEZ L'ENFANT

En raison des caractères cliniques que nous venons d'observer, le traitement du mégacôlon droit dépisté pourra être, en dehors des complications et en tenant compte de sa grande tolérance chez l'enfant, un traitement médical.

Le traitement médical

Danziger précisait pourtant dans sa thèse, en 1907, que le traitement médical était à abandonner en raison de ses dangers (74 % de morts), mais il était question de mégacôlons constitués et compliqués pour lesquels le traitement médical ne peut alors être considéré que comme un temps préparatoire à l'intervention.

Le traitement médical s'efforcera d'éviter les purgatifs minéraux trop violents ; on utilisera simplement l'huile de paraffine, les entéroclyses à la sonde rectale quotidienne.

Le régime a également son importance ; le lait peut être continué chez le nourrisson ; plus tard il faut proscrire les régimes fructo-végétariens et conseiller viandes, poissons et œufs, en interdisant pain, farineux et féculents.

Au point de vue médication, *les antispasmodiques*

... La saignée (Edward Meyers) seront à préférer à la peristaltine qui exagère souvent la stase.

L'opothérapie serait également d'une application possible, mais surtout en particulier les extraits thyroïdiens (M. Pehul).

Les moyens chirurgicaux seuls vraiment actifs devant un mégacolon constitué, peuvent se résumer, en dehors de ceux utilisés pour les complications, en deux catégories d'intervention :

1° *Les exclusions unilatérales du gros intestin*, suivies ou non de colectomies segmentaires qui peuvent être pratiquées par extériorisation-résection en plusieurs temps.

2° *Les interventions basées sur les notions anatomiques et pathologiques* déjà exposées s'efforçant de réaliser un traitement étiologique : sympathectomies, résections de valvules, sphinctérectomie.

L'exclusion unilatérale du gros intestin

Alors que chez l'adulte le mégacolon traité ainsi a beaucoup de chance de récidiver et doit être traité plus complètement, chez l'enfant la paroi intestinale a souvent conservé sa contractilité et l'exclusion unilatérale peut suffire.

Des interventions répétées montrent alors le gros intestin ramené de calibre avec une paroi plus mince, mais agressive, sans atrophie vraie, modifications dues au ralentissement de la fonction.

Par contre, on a constaté souvent une dilatation du

segment sous-jacent à l'anastomose, surtout l'S iliaque par les anastomoses sous-jacentes. Il existe là un véritable réservoir indépendant, dans lequel les matières séjournent ou se débarrassent de leurs parties liquides. L'anse grêle sus-jacente à l'anastomose ne subit aucun changement. On désigne par là la « *remission* » du grêle signalée par Pierre Delval et Weiss.

La section de l'intestin grêle doit être faite en amont de la valvule de Bauhin et le mode d'implantation de l'iléon doit être latéro-latéral, iso-péristaltique ou termino-latéral.

Le point d'implantation de l'iléon est tantôt le colon transverse à sa partie moyenne, tantôt l'S iliaque au niveau ou au-dessus près que possible de la partie initiale.

Les inconvénients d'une telle thérapeutique sont certains chez l'adulte, menacent de volvulus cette anse exclue, ou de reflux de matières intestinales en amont de l'anastomose.

Ce reflux serait cependant réduit dans l'anastomose iso-péristaltique. Lardoneux et Orkinzic ont pu chercher à obtenir également un drainage plus complet du gros intestin en anastomosant le fond de cæcum partiellement réséqué, avec l'S iliaque. En réalité cette *typhlo-sigmoidostomie* est d'une grande difficulté d'exécution sur le mégacolon, en raison d'une altération des parois vasculaires et même la bédelle de la rapidité qu'on trouve dans l'exclusion unilatérale.

M. Patel fait rentrer en effet l'exclusion unilatérale « dans le cadre des opérations abdominales qui ne

comportent aujourd'hui sur le terrain de la technique, aucun danger spécial ».

On peut lui associer des opérations complémentaires : *iléostomie de décharge* au-dessus de l'anastomose,

ou *fistulisation du cæcum* pour parer aux inconvénients de l'antépéristaltisme du gros intestin.

Ces exclusions unilatérales que nous avons jugé plus intéressantes chez l'enfant, ne sont cependant pas à rejeter chez l'adulte.

En effet, elles permettent de réserver l'avenir et tout en réalisant une dérivation d'urgence, laissent ensuite le champ ouvert aux interventions d'exérèse.

Le point d'implantation de l'iléon n'est pas indifférent et plutôt que de pratiquer des anastomoses iléo-iliaque, il semble préférable de faire l'implantation iléo-transverse qui réserve l'avenir et permet l'extirpation ultérieure. Dans l'observation que nous étudions, cette exclusion unilatérale a été réalisée iléo-transverse en un premier temps.

Cette anastomose a été faite iso-péristaltique grâce à la rotation du bout proximal de l'iléon.

Icto Soyesima a pratiqué cette première intervention en 1907 et Seillé conseille dans le cas de mégacolon droit ou total chez l'enfant, de faire d'abord une iléo-sigmoïdostomie basse avec exclusion unilatérale, puis d'attendre quelques mois. Si l'amélioration est manifeste, s'en tenir là, si les troubles persistent compléter la première intervention par une colectomie.

Les interventions d'exérèse

Tous les auteurs reconnaissent actuellement l'extrême gravité des colectomies en un temps et les mauvais résultats fonctionnels des colectomies totales, ou subtotaless (diarrhées, douleurs abdominales, dilatation secondaire des anses grêles).

La technique habituelle est actuellement la *colectomie segmentaire pratiquée en plusieurs temps*.

Nous rapportons les trois belles observations publiées par MM. Guilleminet et Latarjet (1935), qui concernent des enfants traités suivant cette méthode, dont un cas après échec de la rami-section lombaire.

Ces observations ne sont pas démonstratives pour le mégacôlon localisé à la portion droite du gros intestin, mais elles donnent une idée exacte de la difficulté du traitement chirurgical en même temps que la progression à suivre pour réaliser une thérapeutique curatrice. En outre, elles rendent compte des traitements d'autres malformations de l'intestin terminal dont il faut instituer une thérapeutique antérieure ou associée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mégacôlon sigmoïde (imperforation anale à la naissance).

Traitement médical : échec.

Dilatation et toilette intestinale.

Extériorisation de l'anse pelvienne.

Résection secondaire.

Le jeune T... Alfred, 18 ans, est né avec une imperforation anale pour laquelle il a été opéré immédiatement à la Charité, par M. le Pr Nové-Josserand. Par la suite, on a eu l'attention attirée par l'état de constipation opiniâtre de l'enfant. Cette constipation est entrecoupée de crises de rétention complète, suivies, au bout d'un temps plus ou moins long, de vraies débâcles de glaires et de matières infectes. Dans ces périodes de débâcles, il semble que l'anus soit incontinent : l'orifice est béant, laissant échapper des matières liquides.

Aussi un cerclage de l'anus est-il pratiqué par M. Rendu, en 1923, l'enfant ayant 7 ans, pour lutter contre cette pseudo-incontinence, liée beaucoup plus à la malformation intestinale qu'à l'insuffisance sphinctérienne. Aucune amélioration.

De 1923 à 1933, pendant 10 ans, le malade vécut à l'hôpital dans le service de M. Péhu. Pendant cette période, l'histoire de ce malade est dominée par cette terrible constipation. L'enfant est soumis au régime des

grands lavements réguliers. Malgré cela, il présente tous les 2 à 4 mois une vraie crise d'obstruction avec énorme ballonnement, vomissements, coliques et ondes péristaltiques. A 18 ans, il reste petit et maigre et, cependant, depuis un an, grâce aux lavages quotidiens, l'état général s'est amélioré et M. Péhu, pensant que l'heure du traitement chirurgical est venue, me fait passer le malade en mars 1933.

Mon premier soin est de débarrasser le sujet, sous anesthésie générale, le 18 mars 1933, d'un monstrueux stercorome : le bloc doit être désagrégré à la curette et au doigt.

Puis le malade est soumis à une préparation par les laxatifs les grands lavages et je l'opère le 1^{er} avril 1933. Laparotomie sous-ombilicale; on évite un diverticule ouraquien de la vessie et on examine le côlon. Enorme distension allant du rectum au cæcum, mais alors que le côlon droit et côlon transverse modérément dilatés ont conservé des parois minces, par contre l'anse pelvienne est énorme, son diamètre dépasse 15 centimètres; sa paroi mesure 1 centimètre d'épaisseur. Cet état se prolonge sur l'ampoule rectale. On extériorise l'anse pelvienne grâce à son long méso, on tire autant que possible sur le bout inférieur. On fixe l'anse à la paroi, puis après fermeture du ventre, on résèque l'anse et on réalise un anus en canon de fusil : l'incongruence des deux bouts est extrême, on se borne à rapprocher une partie de leur circonférence par des sutures.

La pièce enlevée mesure 60 centimètres de longueur. Elle présente l'aspect habituel des mégacôlons. Le malade a été un peu shocké le premier jour, mais il s'est très vite remonté.

Cette intervention a eu des suites parfaites : le malade est transformé. Il est délivré de sa constipation invincible, n'a plus jamais eu recours aux lavements. Moyennant une prise quotidienne d'huile de paraffine,

il va à la selle tous les jours, quelquefois tous les deux jours. Il n'a aucun signe d'incontinence sphinctérienne. Depuis un an, il est placé à la campagne, se livrant à de gros travaux de culture. Peut-être même en fait-il plus que ne le permet sa résistance physique.

OBSERVATION II

Mégacôlon gauche et sigmoïde.

Rami section lombaire. Echec.

Résection extériorisation, syncope mortelle.

Le petit B... Antoine, âgé de 8 ans, hospitalisé dans le service de M. le Dr Ch. Gardère, a toujours eu un ventre énorme, ballonné, et toujours il a été très constipé. Après son entrée à l'hôpital, on a noté les vastes dimensions de son ventre, on a vu à l'état presque permanent des ondes péristaltiques soulever sa paroi. L'état général est bon. Un lavement baryté a confirmé le diagnostic de mégacôlon congénital. Je signale en passant que l'auscultation cardiaque en médecine a montré de nombreuses extrasystoles. A son passage dans mon service, je constate qu'il n'existe pas de stercorome. L'enfant hospitalisé depuis cinq semaines, n'a jamais éprouvé le besoin d'aller spontanément à la selle. Il doit être soumis aux grands lavements.

A la date du 1^{er} mars 1933, il n'a eu que deux grosses selles, provoquées par lavements, les 12 et 26 février. Dans le cas présent, avant de recourir à la colectomie, que l'âge de l'enfant ne permet pas de regarder comme bénigne, je décide d'essayer la ramisection lombaire. Précisément, je viens de lire dans la *Revue de Pédiatrie* une publication extrêmement élogieuse sur les effets de ce traitement.

Le 4 mars 1933, avec le concours précieux de mon ami Wertheimer qui a bien voulu m'apporter ses lumières, nous intervenons du côté gauche et trouvons la chaîne sympathique, par voie parapéritonéale. Quatre à cinq ramis correspondant aux 4^e et 5^e racines lombaires sont sectionnés. A ce moment, la chaîne elle-même se rompt. L'intervention a été un peu gênée par le volume de la masse intestinale.

Suites simples, pas de shock. Mais au bout d'un mois et demi, on peut bien dire que le résultat est nul, peut-être cependant peut-on dire que quand on donne à l'enfant ses grands lavements, le besoin naît pour une quantité d'eau un peu moindre qu'auparavant (1 litre et demi au lieu de 2 litres). Je me détermine donc à intervenir sur l'intestin lui-même, d'autant que je viens d'obtenir un succès chez le malade de la précédente intervention.

Le 21 avril 1933, j'interviens par laparotomie sous-ombilicale. Ici encore l'altération intestinale porte surtout sur l'ampoule rectale, l'anse pelvienne et la moitié inférieure du côlon gauche qui sont dilatées et très épaissies. Le reste du côlon est modérément dilaté. Je procède alors à la résection-extériorisation en un temps de toute la partie basse du côlon. Les choses vont très bien jusques et y compris la fixation de l'anse et la fermeture de la paroi. Mais au moment où j'ai coupé le mésentère, se produit une syncope anesthésique, il faut faire de l'adrénaline, tirer la langue, donner de l'oxygène. L'alerte une fois passée, je termine au plus vite l'opération qui, techniquement, a été très correcte.

L'enfant est shocké après l'opération, il se réveille cependant et j'espère que les choses s'arrangeront. L'enfant n'est pas tout jeune, il a huit ans, son état général antérieur n'était pas mauvais, mais dans l'après-midi, trois heures après l'intervention, se produit une syncope blanche et, malgré tous les moyens employés, y compris l'adrénaline intracardiaque, l'enfant meurt.

La pièce réséquée mesurait 50 centimètres de longueur, l'autopsie n'a fourni aucun renseignement.

OBSERVATION III

Mégacôlon sigmoïde (anus vaginal).

Colostomie gauche. Transplantation anus vaginal.

Extériorisation de l'anse pelvienne.

Résection.

La petite A... Renée, âgée de 13 ans, m'est amenée le 10 avril 1938, pour de multiples malformations. Au premier coup d'œil, on note une paralysie faciale droite qui est congénitale, et une malformation du pavillon de l'oreille droite. Acuité auditive normale. Mais la raison qui provoque la consultation est l'existence d'un anus vaginal et non vulvaire. L'orifice siège pour la plus grande partie au-dessus de la membrane hyménéale à la face postérieure du vagin. L'hymen dessine un pont sur l'anus. On apprend aussi que l'enfant, depuis sa naissance, est extrêmement constipée. Il lui est arrivé de rester jusqu'à deux mois sans aller à la selle. Ses parents l'ont traitée, jusqu'à présent, à grands renforts de purgations, de laxatifs et de lavements. Malgré cela, l'enfant est malingre, le teint jaune. Elle présente une scoliose dont la radiographie démontre la nature congénitale (hémiatrophie d'une vertèbre lombaire).

Je commence le traitement en procédant, le 17 avril 1934, au déblaiement de l'intestin terminal rempli par un stercorome formidable, dur comme de la pierre.

Puis, le 27 avril, j'établis une colostomie sur le côlon gauche. L'anse rencontrée se présente avec un aspect normal, mais le doigt glissé vers la ligne médiane, rencontre un énorme sac qui correspond à l'S iliaque dilaté et épaissi.

Le 12 mai, j'entreprends la transplantation de l'anūs vaginal. Après libération soigneuse qui ne va pas d'ailleurs sans difficultés et sans éraillures, le rectum est libéré et transplanté à 7 centimètres en arrière de la fourchette. J'ai utilisé l'incision transversale conseillée par Ombrédanne. Les sutures tirent un peu, on les a faites aussi solides que possible. On a pratiqué entre rectum et vagin une myorrhaphie des releveurs, pour éviter le retour du rectum à sa place initiale.

Au milieu de juin, on peut estimer que le but est atteint, il y a un anus périnéal bien calibré, à la cicatrisation duquel ont aidé des séances d'ionisation. On pratique encore des calibrages réguliers aux bougies d'Hégar jusqu'au n° 20. Le périnée est solide.

Après ces interventions préparatoires, l'enfant est renvoyée dans sa famille pendant 4 mois. Elle revient le 12 novembre 1934, son état général est transformé. Elle a engraisé, sa mine est devenue rose.

La préparation est achevée par de copieux lavages pratiqués de la colostomie iliaque à l'anūs périnéal. On a fait aussi un examen radiologique de la vessie qui ne montre rien d'anormal, et une radiographie du gros intestin qui montre une très grosse distension de l'ampoule rectale et de l'S iliaque (il a fallu injecter 2 litres de baryte pour remplir l'anse dilatée). Le reste du côlon est indemne.

Le 17 novembre, j'interviens : libération de l'anūs iliaque et fermeture en bourse. Puis, laparotomie médiane : comme l'avait indiqué la radiographie, les modifications de l'intestin s'arrêtent juste au-dessus de l'anse iliaque, l'anūs a porté à quinze centimètres environ au-dessus de leur limite. L'anse est alors attirée par la laparotomie médiane, ses dimensions sont formidables (15 centimètres de diamètre) et lui donnent l'aspect d'un estomac de sténose pylorique. On ne peut extérioriser qu'une partie du côlon malformé, toute la zone rectale est évidemment

laissée en place. Le 22 novembre, résection de l'intestin extériorisé. Les sections sont faites au ras de la peau, adossement à deux plans de sutures de la partie mésentérique des deux bouts.

Cette intervention en deux temps s'est passée le plus simplement du monde. Dès le premier pansement, on a noté que l'anus s'était rétracté dans la paroi. Actuellement, après deux semaines, la brèche se referme rapidement et j'ai l'impression que l'on aura une fermeture spontanée, par conséquent on économisera un temps opératoire.

Dans l'ensemble, M. Guilleminet, à propos du mégacôlon infantile, insiste sur la nécessité de faire l'intervention en 3 temps.

Le premier temps capital : l'extériorisation, qui devra être faite avec une prudence particulière dans la libération du méso qui ne doit pas être sectionné, dès ce temps-là. En effet, c'est à la suite de la section du mésentère, que l'enfant de l'observation II a fait une syncope avec ses conséquences mortelles.

Deuxième temps : résection avec anus en canon de fusil.

Troisième temps : fermeture.

En période d'occlusion aiguë, c'est l'anus cæcal qui permet le mieux de faire cesser la rétention gazeuse et de refroidir progressivement la lésion en nous ramenant ensuite au cas de mégacôlon non compliqué et à l'exérèse en 2 ou 3 temps.

Il est à remarquer que nous n'avons pu trouver d'observations de mégacôlon droit traité chirurgicalement chez l'enfant. *La méthode d'exérèse après ex-*

clusion unilatérale et même exclusion bilatérale ouverte du côlon droit qu'a pratiquée M. Patel chez l'adulte serait un traitement à étudier chez l'enfant.

Les interventions s'efforçant de réaliser un traitement étiologique

Les auteurs qui proposent ces interventions admettent tous la théorie du mégacôlon acquis et ont ainsi mis au point une série de méthodes dont ils s'efforcent de montrer la valeur pratique.

Les résections des valvules ont été ainsi pratiquées par Perthes, Baudet et Mauclore, Delbet.

En réalité, sauf dans les cas où il s'agissait de rétrécissements congénitaux valvulaires du rectum avec stercorome susjacent, la section de ces valvules ne donne pas de bons résultats dans le mégacôlon véritable, car celle-ci se reforme aussitôt.

Il semble qu'on obtienne mieux par les *interventions s'adressant au spasme du sphincter anal* : une simple dilatation anale donne, lorsqu'il existe un spasme, d'excellents résultats notés par Hurst et Lardennois.

C'est également en partant de la notion d'un traitement étiologique à instituer qu'on a proposé de diminuer l'influence du sympathique par section des rami-communicantes lombaires, en s'appuyant sur la dualité de l'innervation de la région ano-rectale.

Les expériences montreraient, en effet, que l'excitation du pneumogastrique et du nerf pelvien aug-

mente la tonicité et le péristaltisme, celle du sympathique provoquerait l'effet inverse et le mégacôlon résulterait d'une hyperexcitation du sympathique.

Adamson et Aird ont montré que le mégacôlon s'associait parfois à une dilatation de la vessie et que la résection du nerf pelvien provoquerait un mégacôlon.

Le côlon gauche reçoit son innervation sympathique du plexus mésentérique inférieur, venu du plexus aortique de la chaîne lombaire et surtout du plexus hypogastrique. Le nerf présacré né des deuxième, troisième et quatrième paires sacrées suit le nerf pelvien jusqu'à l'artère mésentérique inférieure. Il se réunit là avec les ramifications du plexus mésentérique inférieur à une distance de 3 cm. de l'origine de l'artère.

Anatomiquement, les indications peuvent être données par le siège et l'étendue de la dilatation. Si la dilatation de la vessie accompagne la dilatation du rectum, le plexus hypogastrique est intéressé. S'il y a mégasigmoïde seul, c'est le plexus mésentérique inférieur seul qui intervient.

Cliniquement, pour juger de l'état de la valeur de la musculature intestinale, Kirschner et Paessler ont proposé de provoquer une paralysie temporaire du sympathique : *rachianesthésie haute* en position de Trendelenbourg. La technique est la suivante : on injecte de l'air après avoir retiré une petite quantité de liquide, l'air s'accumule alors dans la région sacrée. On injecte aussitôt après, une solution de percaïne composée de telle façon qu'elle soit de densité

intermédiaire entre celle de l'air et du liquide céphalo-rachidien. La percaïne s'accumule au niveau de la partie supérieure de la moelle lombaire, l'anesthésie n'atteint pas les racines du nerf pelvien qui se trouvent à la partie inférieure du canal sous-arachnoïdien. La radioscopie montre alors que le péristaltisme du mégacôlon est renforcé.

Tout récemment, MM. Clinesco, Sarbu et Romans ont même voulu faire un moyen thérapeutique de cette rachianesthésie, qui, en rétablissant la mobilité du gros intestin, fait disparaître pour quelque temps le symptôme principal de la maladie : la constipation. « Pratiquée de temps en temps, la rachianesthésie pourrait conduire à une régularisation du transit intestinal et pourrait compter parmi les moyens thérapeutiques les plus simples à recommander dans cette maladie ».

M. Boppe, dans son rapport au Congrès des Pédiâtres, montre qu'on peut schématiquement attribuer le déséquilibre neuro-végétatif à une hypersympathicotonie ou à un affaiblissement du parasymphatique.

Dans la première hypothèse, l'intervention logique consiste à sectionner les fibres sympathiques inhibitrices libérant ainsi l'action motrice du système parasymphatique. Dans la seconde hypothèse, au contraire, il est logique de s'adresser directement aux sphincters lisses en état de contracture permanente, d'où la technique des sphinctérectomies.

Les différentes techniques des interventions neuro-chirurgicales

Ce sont des neurotomies sympathiques qu'on a pu classer soit en neurotomies hautes, soit en neurotomies périphériques.

Dans la neurotomie haute, on pratique la résection bilatérale de la chaîne lombaire ou de ses rameaux à partir du deuxième ganglion au début, c'est l'opération princeps de Wade et Royle. On peut également pratiquer les gangliectomies lombaires, comme Judd et Adson, Leriche, Hortel, Riedel.

Dans les neurotomies périphériques, le plus fréquemment on emploie la technique de Rankin et Leamonth, réalisant une intervention mieux limitée en réséquant le plexus mésentérique inférieur. Ils y ajoutent la section du nerf présacré pour agir sur le sphincter anal (les filets sympathiques destinés au sphincter aurait un rôle inverse de ceux du côlon lui-même). Cette dernière section suffirait seule quand l'hypertonie du sphincter est seule en question.

Quelles seraient les indications de ces diverses interventions :

Dans les mégacôlons droits, qui nous intéressent tout particulièrement, la *splanchnectomie double* associée à une ablation bilatérale de la chaîne ganglionnaire paraît être l'opération de choix pour Adson et Leriche.

Dans les formes basses, l'opération périphérique, type Rankin, Learmonth, doit être recommandée.

Dans les formes atoniques du colic paroxysmique, il semble que le sympallicisme nous indique une plus efficace que les opérations du type Rankin-Leaumont.

Quels sont les résultats d'un tel traitement ?

M. Lioucheux, en décembre 1937, rapporte 4 observations à résultats divergents pour des interventions non compliquées, qui semblent indiquer l'efficacité de la section des sympathiques du Tronc. Il rappelle les 4 procédés qu'il peut utiliser : résection bilatérale de la chaîne lombaire ou de ses racines à partir du deuxième ganglion, résection unilatérale du plexus et du plexus mesentérique inférieur, résection unilatérale du plexus mesentérique supérieur, résection bilatérale de la chaîne lombaire et du plexus ou résection du plexus mesentérique inférieur.

Nous avons nous-même eu plusieurs succès : résection de la chaîne lombaire dans l'observation 44 du Docteur Guilleminet.

M. Bonnet analyse de même en 1938 les résultats de 118 cas traités par le sympallicisme dont 10 personnes opérées dans les enfants de moins de 15 ans. Il conclut ainsi rapidement à l'efficacité.

Ses impressions personnelles sur les interventions sympalpiques est assez défavorable. Il note que chez l'enfant on peut être l'opérateur ou l'enseignant. C'est une leçon indiscutable et qu'elle paraît modifier favorablement le péristaltisme, mais d'une manière incertaine et souvent transitoire. Sa conclusion est que l'avenir seul dira le point véritable des opérations sympalpiques dans le mégacolon de l'enfant.

Opérations musculaires

A côté des interventions sectionnant les fibres inhibitrices, libérant l'action motrice du système parasympathique, il en est qui s'adressent directement aux sphincters lisses en état de contracture permanente.

— *Sphinctérectomie*, que les chirurgiens brésiliens Corrêio Netto et Etzel ont mis au point en faisant des myotomies au niveau des différentes formations sphinctériennes lisses du côlon et du rectum dans le but de s'opposer à l'état de tonus permanent ou exagéré (achalsie) de ces fibres musculaires.

Corrêio Netto aurait ainsi obtenu la guérison d'un mégacôlon droit par section du sphincter de Cannon.

Que peut-on conclure sur le traitement chirurgical du mégacôlon non compliqué de l'enfant ?

D'après tous les auteurs, les interventions d'exérèse sont extrêmement graves chez l'enfant de moins de 4 ans.

— *Les moyens médicaux* doivent être utilisés au maximum en associant aux méthodes de « toilette » intestinale, le régime et l'opothérapie. En cas d'échec de ces moyens, il faut tenter les interventions sympathiques en les faisant précéder de la rachianesthésie pré-opératoire suivant la technique de Kirschner et Paessler.

Ce n'est qu'après avoir tenté ces interventions relativement bénignes qu'on est en droit de pratiquer la colectomie.

Chez l'enfant âgé de plus de 4 ans doivent se discuter les interventions sympathiques ou d'exérèse.

Dans les cas où les troubles fonctionnels ne sont pas trop accentués et n'ont pas donné l'énorme lésion constituée du mégacôlon et des mésentériques, on peut tenter la sympathectomie. Il faut pourtant remarquer avec M. Boppe que dans l'intervention de la neurotomie périphérique, il n'est pas sans inconvénient de sectionner le nerf présacré qui est le nerf des vésicules séminales.

La rachianesthésie peut être d'un précieux secours dans l'indication opératoire d'une sympathectomie. Toutefois, les échecs sont fréquents.

L'exclusion unilatérale par anastomose iléo-sigmoïdienne ou iléo-transverse peut être pratiquée avec succès, sans intervention ultérieure chez l'enfant (Seillé). La colectomie pratiquée en plusieurs temps en évitant la section du mésentère lors du premier temps est le seul traitement vraiment actif, sa mortalité opératoire est réduite entre 10 à 30 % d'après les résultats du récent Congrès de Pédiatrie de Paris, octobre 1938.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DU MÉGACOLON DROIT
CHEZ L'ADULTE

Il convient de remarquer que tous les auteurs s'accordent à faire la thérapeutique du mégacolon compliqué ou non d'occlusion. Tous se demandent, le malade est-il ou non affaibli, capable de supporter de longues interventions : il faut un traitement d'urgence, c'est-à-dire débrider le patient par la manœuvre de manœuvre shockante possible.

La très belle observation que nous a communiqué M. Patel apporte tous les éléments de la thérapeutique du mégacolon localisé au côlon droit, arrivé en période de subocclusion, nous la reproduisons d'abord.

OBSERVATION INÉDITE

de M. le Professeur PATEL.

Mégacolon droit : Crises de subocclusion.

1. Anamnèse des antécédents.

2. Exclusion bilatérale ouverte du côlon droit.

3. Résection du côlon droit.

Mme B., 51 ans, Desaignes (Ardèche).

La malade entre à l'Hôpital Edouard-Herriot, position L (Service du Professeur Patel), envoyée par le docteur Rouzel, de Chagnard le 19 septembre 1936, pour des troubles intestinaux, paraissant remonter à 18 mois.

Depuis le mois d'octobre 1935, la malade se plaint de troubles

leurs abdominales occupant la région droite, survenant par crises, avec constipation opiniâtre, suivie de selles diarrhéiques et quelquefois sanguinolentes.

Une première série de crises, qui ont duré un mois a été suivie d'une période d'accalmie d'une durée de près d'un an.

En avril 1938, réapparition des mêmes douleurs, mais cette fois persistantes; constipation, douleurs très vives à droite, débâcles diarrhéiques, etc.

Ces crises n'ont pas cessé jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital.

Examen - 19 septembre 1938.

A l'entrée, malade pâle, amaigrie. Antécédents : 3 enfants; pas de maladies antérieures, opérée d'un fibrome utérin en 1925.

Elle accuse des douleurs très vives, dans la moitié droite de l'abdomen, avec exacerbation intermittente, bruits très accusés dans l'abdomen, débâcle diarrhéique, vomissements.

Examen : Abdomen asymétrique, distendu à droite, tension intermittente.

A la palpation, tuméfaction rénitente diffuse, tout le long du côlon, soulèvement intermittent.

A la percussion, sonorité du cadre colique.

On fait pratiquer un examen radioscopique. Le lavement bismuthé montre un transit normal du côlon descendant au milieu du transverse. Le côlon droit est très distendu. A la déglutition barytée, le côlon droit est presque vide très distendu, le côlon gauche normal.

On fait le diagnostic de Cancer du côlon transverse. Intervention sous anesthésie générale le 23 septembre.

On reconnaît immédiatement une énorme dilatation donnant l'aspect de cuisse d'adulte à tout le côlon droit, s'arrêtant au milieu du transverse, paroi très épaisse, adhérences épiploïques très nombreuses, mettant en canon de fusil le côlon ascendant et la moitié droite du

transverse. Rétraction du mésentère. La distension s'étend sur la partie inférieure du grêle.

Aucune indication suspecte n'est perçue. On conclut au mégacôlon droit.

Anastomose iléo-transverse-isopéristaltique faite sur la moitié gauche, au-delà de la partie dilatée, réalisant l'exclusion unilatérale.

Suites opératoires. — Hématome suppuré de la paroi, suivi d'une fistule intestinale.

2° *Opération* : 13 décembre 1938 :

Tentative de fermeture directe de la fistule qui siège en arrière de l'anastomose iléo-transverse.

Echec. Fistule persistante.

3° *Opération* : 5 janvier 1939 :

Exclusion bilatérale du côlon droit. Fermeture du côlon transverse au milieu. Une nouvelle anastomose termino-latérale iléo-transverse est faite au bouton.

Fermeture, après section, de l'intestin grêle.

Ouverture du cæcum à la peau.

On a réalisé une exclusion bilatérale ouverte.

Suites opératoires : La malade n'a plus d'écoulement de matières. Reprise de l'état général.

4° *Opération* : 16 juin 1939.

La malade revient pour la cure de la fistule. On pratique à ce moment-là une radiographie pré-opératoire qui montre un côlon droit bien diminué de volume.

A l'intervention, on pratique une libération de l'angle droit du côlon et section du méso-côlon droit et du ligament gastro-colique. Le côlon droit est ainsi mobilisé.

Libération progressive du cæcum et de la partie terminale du grêle.

La malade sort complètement cicatrisée, le 8 juillet 1939.

Les suites éloignées sont parfaites. Nous avons été voir Mme B... à Desaignes, début janvier 1940. Son état général est excellent : reprise de poids de 10 kgs. Au point de

vue digestif, les selles se font normalement et sont quotidiennes, sans diarrhée.

Au point de vue local, sa paroi abdominale est solide, malgré les interventions successives.

Actuellement et depuis le mois d'août elle vaque normalement à ses occupations.

Cette observation résume admirablement les caractères du mégacolon droit chez l'adulte.

Celui-ci a en effet été toléré très longtemps chez cette femme, qui a vu survenir en 1937, seulement, une série de phénomènes occlusifs à type occlusion du colon transverse.

Cette occlusion s'est révélée anatomiquement surtout liée aux phénomènes de sténose extrinsèque qui sont créés par la péricolite intense.

C'est donc sur un *mégacolon à la phase de complication* qu'on a été appelé à intervenir après avoir porté un diagnostic clinique de néoplasme du colon transverse. L'examen du transit baryté dans le tube digestif avait en effet montré un colon droit très distendu.

Sur un tel mégacolon droit, ainsi constitué chez l'adulte, on conçoit bien que le traitement chirurgical ne peut être que la colectomie qu'il faut cependant pratiquer suivant des règles différentes de la chirurgie du néoplasme intestinal.

Le traitement médical sur lequel nous ne reviendrons pas chez l'adulte ne peut être que palliatif, mais permet de préparer à l'intervention.

Cette préparation minutieuse peut diminuer quel-

que peu la stase fécale et les conditions de virulence microbienne.

Au cours des périodes d'occlusion chronique, l'acte opératoire sera toujours aidé par les injections de sérum salé hypertonique.

Les méthodes étiologiques de toute nature et en particulier neuro-chirurgicales ne peuvent de même qu'apporter une amélioration transitoire et l'on ne peut envisager sérieusement chez l'adulte une guérison. Tout au plus, peut-on pratiquer la rachi-anesthésie partielle de Kirschner et Paessler pour être renseigné sur la persistance d'une contractilité intestinale sous contrôle radioscopique.

Seules les interventions directes sur le gros intestin sont à retenir suivant deux modalités. Les unes palliatives avec procédés de dérivation, les autres curatrices suivant les procédés d'exérèse.

Les opérations palliatives.

Anoastomoses avec exclusion

Les coloplicatures et les colopexies n'ont plus qu'un intérêt historique.

Les entéro-anastomoses ont, au contraire, un intérêt certain qui les a fait pratiquer d'abord simplement iléo-sigmoïdiennes, mais elles se sont révélées en certains cas insuffisantes, par insuffisance de dérivation, toutes les matières ne passant pas par l'anastomose.

Actuellement, la technique chirurgicale de l'entéro-anastomose est toujours celle de l'exclusion unilaté-

rale iléo-transverse ou iléo-sigmoïdienne, avec implantation latéro-latérale ou termino-latérale.

Sa valeur thérapeutique se trouve bien précisée dans l'article qu'a écrit M. Patel dans le livre jubilaire du Professeur Tixier (1939).

« Chez l'adulte, dit M. Patel, pour des raisons de stase stercorale ultérieure, les opérations de dérivation ne peuvent être considérées que comme des mesures palliatives ou comme le premier temps d'interventions radicales. Même si le mégacôlon s'est généralisé il s'agit d'une malformation datant de l'enfance et qui, progressivement, a transformé le gros intestin en un tube de très gros calibre, à parois indurées et inertes. Dans ces conditions, l'exclusion serait insuffisante et ne résoudrait pas le problème de la stase dans la partie dilatée. »

Nous n'insisterons pas davantage sur la technique que nous avons décrite plus longuement chez l'enfant pour l'intérêt plus grand qu'elle semble présenter chez lui.

A côté de l'exclusion unilatérale, l'intervention idéale difficile à pratiquer dans un premier temps serait *l'exclusion bilatérale*.

Cette exclusion bilatérale a été réalisée par M. Patel dans un second temps chez sa malade et a permis d'isoler le mégacôlon droit, tout en mettant en communication le cæcum avec l'extérieur.

La thérapeutique du mégacôlon droit, même en subocclusion, peut donc être réalisée ainsi avec un minimum de risques.

Si l'état d'occlusion était plus marqué :

C'est l'état général de la malade qui dicterait alors l'intervention. En cas d'occlusion vraie déjà ancienne avec un état général extrêmement précaire, la plupart des auteurs conseillent *l'anus cæcal de dérivation*

Ou la *résection en deux temps par extériorisation*.

Les méthodes d'extirpation

Contrairement à la chirurgie du cancer du côlon droit qui vise à enlever le plus rapidement possible le foyer malin de la tumeur néoplasique :

la chirurgie d'exérèse du mégacôlon droit doit être précédée de temps opératoires qui diminuent la septicité du contenu intestinal d'autant plus accentué qu'il y a une stase énorme.

Il ne s'agit pas, en effet, de supprimer un obstacle anatomiquement vrai par sténose intrinsèque mais de rétablir le transit intestinal sans s'inquiéter outre mesure du mégacôlon laissé en place.

Les méthodes de dérivation sont donc les meilleures à instituer pour mettre à l'abri l'intestin dont la sténose est d'origine extrinsèque : péricolite, infiltration des mésos de ganglions, bandes épiploïques, diverticulites qui compromettent les sutures.

L'exclusion unilatérale par anastomose iléo-transverse, déjà étudiée, paraît être le meilleur des premiers temps, car elle réserve entièrement l'avenir.

Au besoin, l'exclusion bilatérale ouverte au niveau du cæcum peut être pratiquée, mais il est préférable de la faire dans un temps ultérieur, de façon à dimi-

nuer autant que possible la septicité du contenu intestinal par des vidanges successives et des interventions sériees.

Sur un mégacôlon ainsi « refroidi » au point de vue toxicité et dans certains cas isolé par des adhérences nombreuses, *l'exérèse* doit être pratiquée dans un troisième temps. La radiographie faite avant le temps d'exérèse dans l'observation de M. Patel a permis de constater l'affaissement du côlon droit au transit baryté.

La marche à suivre est ainsi définie par cette série d'interventions qui permettent de diminuer progressivement les chances toujours grandes d'aggravation par septicité du contenu intestinal.

Ainsi la chirurgie de ce mégacôlon localisé au côlon mérite-t-elle d'être individualisée dans la thérapeutique du mégacôlon en général.

CONCLUSIONS

I. — Le mégacôlon droit mérite d'être individualisé, dans l'étude du mégacôlon : l'embryologie rend compte de cette localisation.

La symptomatologie est très floue chez l'enfant, les lavements barytés systématiquement pratiqués, surtout chez les enfants porteurs de malformations anales, mettraient en évidence des cas qui ne se révèlent souvent que chez l'adulte.

Chez l'adulte, il peut être toléré longtemps mais crée progressivement un tableau d'occlusion plus ou moins complet à type : occlusion du côlon transverse.

II. — Chez l'enfant : on ne pratiquera pas de traitement chirurgical chez l'enfant de moins de 4 ans, sauf urgence.

— Traitement médical : entéroclyses, « toilettes » intestinales sous anesthésie générale, après dilatation anale, opothérapie thyroïdienne.

— Traitement étiologique chirurgical, surtout après rachi-anesthésie partielle de Kirschner et Paessler en particulier : neurotomie haute par splanchnectomie double, associée à une ablation bilatérale de la chaîne ganglionnaire lombaire.

On attendra des améliorations plutôt que des guérisons de ces interventions.

III. — Chez l'adulte :

Les interventions palliatives qui peuvent suffire dans les cas peu prononcés de l'enfant ne sont qu'un premier temps, permettant de réserver l'avenir: anastomose iléo-transverse, iso-peristaltique ou ileo-iliaque, plutôt que la typhlo-sigmoïdostomie trop dangereuse à réaliser en raison des altérations des parois cæcales.

IV. — Les interventions d'exérèse seront toujours à pratiquer par étapes successives. Le chirurgien doit être guidé par l'état général du malade : contrairement au caractère malin du néoplasme qui oblige souvent à pratiquer la colectomie en un temps.

Dans un premier temps, il y a lieu de faire une anastomose iléo-transverse, iso-péristaltique.

Le deuxième temps doit permettre de réaliser l'exclusion bilatérale.

Ces deux premiers temps diminuent la septicité toujours très grande du côlon droit et permettent d'éviter les phénomènes de péritonite septique lors de l'opération radicale.

Vu :

Le Doyen,
JEAN LEPINE.

Vu :

Le Président de la Thèse,
PATEL.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 20 Janvier 1940

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

En dehors des travaux précités, nous n'avons retenu que les références récentes. Pour les références antérieures à 1929 se rapporter à la thèse de Baile (Paris, 1927).

ADAMSON (W. A. D.) et IAN (Aried) (Edimbourg). — Observation en faveur de l'origine ovarienne du mégacolon. *The British Journal of Surgery*, t. XX, n° 78, octobre 1932, p. 229-235.

ARBUJELAGA, MURIELLA et GAZZONI. — Mégacolonisme et mégacolon. *Revista Médica Latino Americana*, ann. XVI, n° 128, Buenos Aires, juin 1931, p. 1265-1285.

BOFFE. — Rapport au Congrès des Pédiatres de langue française. Paris, 27-29 octobre 1933. *Presse Médicale*, 7 décembre 1933, p. 1893.

— Mégacolon et mégavessie chez une fillette de 19 ans. *Académie de Chirurgie* Paris, séance du 5 juillet 1939. *Presse Médicale*, 29 juillet 1939, n° 60, p. 1178.

BÉRARD, THOMAS, BONAMOUR. — Méga et dolichocolon chez un enfant de 4 ans. *Société de Chirurgie de Lyon*, 23 juin 1932.

BERGOUIGNAN (L.). — Deux cas de mégacolon. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. LXIII, n° 18, 26 mai 1937, p. 727-730.

BERNALDE et HILLEMANN. — Le mégacolon. *Annales de Médecine*, 1923, t. XII, p. 625.

- CAPELLO (O.). — Mégacôlon et mégacœsophage, traités chirurgicalement, résultats éloignés. *Boletones y Trabajos de la Sociedad de Cirugia de Buenos-Aires*, t. XIV, n° 16, 13 août 1930, p. 465-470.
- CORNETTE DE SAINT-CYR et THIOLLET. — Gangliectomie lombaire pour mégacôlon étendu. Anastomose termino-latérale pour un mégadolichosigmoïde volvulé. *Maroc Médical*, ann. 19, n° 207, sept. 1939.
- CLIMESCO, SARBU (S.), ROMAN. — Importance de la rachianesthésie dans le diagnostic pathogénique du mégacôlon. Son éventuelle utilisation thérapeutique. *Presse Médicale*, 15 juillet 1939, n° 56, p. 1118.
- CANECI. — Traitement chirurgical du mégacôlon. *Pliclinico*, 14 mai 1928.
- CARNOT et FREIDEL. — Dextrocardie par mégacôlon. *Archives des Maladies de l'Appareil digestif et de la Nutrition*, t. 577, n° 10, sept. 1920.
- CORREÏO-NETTO. — Métabolisme basal dans le mégacœsophage et dans le mégacôlon. *Folia Clinica et Biologica*, t. VII, p. 203-207.
- CORREÏO-NETTO et ETZEL. — Le mégacœsophage et le mégacôlon devant la théorie de l'achalsie, étude clinique et pathologique. *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t. V, n° 7, juillet 1934, p. 395-421.
- DUVAL. — Traitement du mégacôlon. *Revue de Chirurgie*, 1909, t. XL, p. 506.
- DELORE et GAILLARD. — Mégacôlon. Colectomie totale. *Lyon Médical*, t. CXXX n° 17, 10 septembre 1921, p. 774.
- DELORE, GABRIELLE, MERZ. — Deux cas de résection de dolichosigmoïde en un temps. *Société de Chirurgie de Lyon*, séance du 27 mars 1935, p. 112-116. *Lyon Chirurgical*, t. 33, n° 1, janv.-févr. 1936.
- DEAVER. — Chirurgie de la moitié droite du côlon. *Annals of Surgery*, vol. LXXX, n° 3, septembre 1924, p. 439.

- DE WITT STETTEN. — Résection iléo-cæcale pour diverticulite aiguë d'un diverticule solitaire du côlon ascendant. *Annals of Surgery* (Philadelphie), vol. 104 n° 3, septembre 1936.
- DINO PAMPERI. — (Montecchio Emilia Italie). Rapport de M. Sénèque. Perforations du côlon ascendant provoquée par un corps étranger conservé pendant plus de 4 ans, dans la cavité abdominale. Intervention. Guérison. Académie de Chirurgie, séance juin 1938. T. 64, n° 19, p. 788-793.
- DOWD. — Traitement chirurgical du mégacôlon. *Annals of Surgery*. 1921, t. LXXIV, p. 468-479.
- EISS (S.). — Mégacôlon (maladie de Hirschprung) traitement par la résection extrapéritonéale en un temps. *Amer. Journ. Surg.*, nov. 1936, n° 2, p. 272-285.
- ERKES. — Colectomie totale pour mégacôlon avec une contribution à la fermeture des anus artificiels. *Bruns Beitrager zur Klinischen chirurgie*. (Berlin et Vienne), t. CL, fasc. 2, 27 août 1930.
- ETZEL. — La sphinctérectomie partielle comme opération complémentaire dans la cure du mégacôlon. *Revista Brasileira de Cirurgica*, an. 5, n° 3, mars 1936, p. 95-113.
- FELDMAN (W.-M.). — Maladie de Hirschprung (O. I.) *Proc. Roy. Soc. Méd.*, février 1938, t. XXXI, n° 4, pp. 366-368.
- GAYET et PATEL. — Le traitement du mégacôlon chez l'adulte. *Lyon Chirurgical*, t. V, n° 3, juillet 1911.
- GUMPEL (F.). — Sur le traitement de la maladie de Hirschprung. *Zentr. f. Chir.*, 1^{er} nov. 1936, n° 46, pp. 2718-2723.
- GOSSET et CHARRIER. — Exérèse en deux temps des tumeurs du côlon droit. *Clinique Salpêtrière*, t. II, p. 111.

GUERMANDT. — Traitement du mégacôlon congénital par sympathectomie. *Journal belge de gastro-entérologie*, an. 37, p. 293.

GUILLEMINET et LATARJET. — Chirurgie du mégacôlon chez l'enfant. *Société de Chirurgie de Lyon* (Communication). Séance du 6 décembre 1934, p. 343-348. *Lyon Chirurgical*, t. 32, n° 3, mai-juin 1935.

GAILLART et MORES. — Contribution à la pathogénie du mégacôlon. *Les Progresas de la Clinica*, t. XXXIX, n° 4, avril 1931, p. 306-321.

GOINARD (d'Alger). — Rapport de M. Okinczyc. Le traitement du dolichosigmoïde volvulé ou non par résection suivie d'anastomose immédiate subtotale avec dérivation temporaire « in situ ». *Société Nationale de Chirurgie*. Séance du 10 juillet 1935, t. LXI n° 25, 20 juillet 1935.

— Technique pour la sympathectomie lombaire dans le mégacôlon. *Mémoires Académie de Chirurgie*, t. 64, n° 27, 9 novembre 1938, p. 1196.

— Nouveaux faits sur la splanchicotomie pour le dolichocôlon. *Algérie Chirurgicale*, an. 43, n° 134, février 1939.

— Sur le traitement chirurgical du dolichocôlon (Résection colique ou splanchicotomie). Séance du 9 novembre 1938. *Académie de Chirurgie*, t. 64, n° 27, p. 1196-1205.

GATELLIER et R. MERLE D'AUBIGNÉ. — A propos du traitement du mégacôlon pour les opérations sympathiques. *Archives des maladies de l'appareil digestif et des Maladies de la nutrition*. T. 25, n° 7, juillet 1935, p. 681-694.

HEISE (Kaeslin). — Volvulus total de l'intestin grêle et du côlon ascendant. *Zentralblatt für Chirurgie*. T. 62, n° 7, 16 février 1935, p. 382-385.

INTROZZI (A.-S.). — Le traitement chirurgical du mégacôlon. *Semaine Médicale*. 9 décembre 1936, t. XLIV, n° 49, p. 1316-1328.

Le traitement chirurgical du mégacôlon (à propos de 35 cas opérés). *Boletín del Instituto de Clínica Quirúrgica*, an. 14, n° 114, janvier-février 1938, p. 223-248.

KAWANISCHI OKAYAMA. — Le mégacôlon et les résultats opératoires de son traitement. *Okayama Igakkai Zasshi*. T. XLVI, n° 1, janvier 1934, p. 40-70.

KAECKELL. — Hirschprung'sche Krankheit und vegetatives nervensystem. *Berliner Klin. Woch.* LXII, 25 octobre 1920, p. 1021.

KERT (H.-H.). — The Radical Treatment of Hirschprung's Disease South M. W. 1925, p. 290.

LERICHE (R.) et JUNG (A.). — Sympathectomies lombaires et splanchniques pour mégacôlon avec dolichocôlon. Résultats de 11 mois (O. I.). *Bulletin Société Pédiatrie*. Paris, juillet 1938, n° 7, p. 508-515.

LAUNAY et MERLE D'AUBIGNÉ. — Mégacôlon chez un garçon de 10 ans. Amélioration à la suite d'une intervention sur le système sympathique (O. I.). *Bulletin Société Pédiatrie*, Paris, mars 1938, n° 3, pp. 124-134.

LEMOINE (G.). — Sympathectomie dans deux cas de mégacôlon chez l'adulte. *Journal belge gastro-entérologique*. Janvier 1938, t. VI, n° 1, p. 40-50.

LERICHE (R.). — De la section des splanchniques dans le mégacôlon non compliqué avec ou sans dolichocôlon. *Presse Médicale*, 22 décembre 1937, t. XLV, n° 102, p. 1851-1853.

— Sympathectomie pour mégacôlon avec dolichocôlon. *Société de Chirurgie de Lyon*. Séance du 21 mars 1935, p. 612-617.

Lyon Chirurgical, t. 32, n° 5, sept.-oct. 1935.

- La résection des nerfs splanchniques : résultat de quelques observations : thromboangéite oblitérante; d'hypertension paroxystique; de megacôlon et de dolichocôlon. *A Médecine Contemporaine* (Lisbonne), an. 55, n° 27, 4 juillet 1937.
- LEGEND et LERICHE. — Megacôlon. *Thérapeutique chirurgicale*.
- LARGHERO IBARZ (Montevideo). — Observation de volvulus du cæcum, côlon et de volvulus de l'ileo-cæcum ascendant. *Société de Chirurgie de Lyon*, séance du 28 janvier 1937, p. 370-375. *Lyon Chirurgical*, t. 34, n° 3, mai-juin 1937.
- LOCKART, MUMMERY. — Volvulus de l'angle iléo-cæcal et du megacôlon. *Proceedings of the Royal Society of Medicine* (Section Chirurgie), Londres, vol. XXVI, n° 4, septembre 1935.
- LEITCH (H. R.). — Brooklyn. — Maladie de Hirschsprung traitée par sympathectomie lombaire. *Medical Journal and Read.* 2 nov. 1932, p. 375-376.
- LATAREVIC. — Megacôlon congénital guéri par une résection en deux temps. *Zentralblatt für Chirurgie* (Leipzig an LVI, n° 12, 23 mars 1929).
- MAC CARTY. — Sympathectomie dans la maladie de Hirschsprung et *Amer. Journ. Surgery*, mai 1937, t. XXXVI, n° 2, p. 531-532.
- MELNEY (F. L.). — Maladie de Hirschsprung. *Ann. Surgery*, janvier 1936, t. CIII, p. 142-145.
- MERIEL. — La colectomie à temps successifs généralisés à tous les segments du côlon. *Toulouse Médical*, t. XXIX, ann. 1928, n° 2, 15 janv., p. 33.
- MORBIQUAND. — Megacôlon chez l'enfant. *Lyon Médical*, 5 décembre 1926.
- MANSA. — Le megacôlon. *Thèse inaugurale* (Rio-de-Janeiro, 1936).

- MORTON et SCOTT. — Influence des nerfs sympathiques sur le gros intestin de la maladie de Hirschprung. *Revue française de Pédiatrie* t. 8, n° 1, an. 1932, p. 103.
- MORESTIN. — Dilatation idiopathique du côlon et du rectum. Présentation à la Société de Chirurgie de Paris. Séance 15 novembre 1910, in *Bulletin et Mémoires de la Société*, t. XXXVI, n° 10, 22 mars 1910, p. 362-363.
- MILONE. — La chirurgie du mégadolichocôlon idiopathique. *La Clinica Chirurgica* (Milan), an. 15, n° 16, 6 juin 1939.
- MAGENDIE et COURRIADES. — Dolichocôlon et cancer sigmoïdien. *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, an. 58, n° 12, 21 mars 1937.
- NARD (Libourne). — Sur un cas de mégacôlon géant traité par l'hémicolectomie splénique. Guérison. *Société de Chirurgie de Bordeaux et du S. W.* 30 mars 1939, p. 1180.
- NUNO JUAREZ. — Mégacôlon et dolichocôlon. *La Medicina Ibera* (Madrid), t. 30, n° 976, 25 juillet 1936.
- Mégacôlon et dolichocôlon. *Archives Cirugia et Especialidades* (Madrid), t. 39, n° 16, 30 août 1936.
- NETTO (C.). — Un cas de mégacôlon droit guéri par la suture du sphincter de Cannon. *Clinica de Biologica*. Vol. 7, n° 2, 1935, p. 49-58.
- OCKINCZYC. — Atrésie congénitale du côlon. (Mésocôlon). Les relations avec la maladie de Hirschprung. *Revue de Chirurgie*, t. XV, n° 12, 10 décemb. 1909, p. 867-895.
- OCKINCZYC et MICHON. — Hémicolectomie gauche pour mégacôlon. Guérison. *Bulletin et Mémoires Société Nationale de Chirurgie*, 1920, p. 609.
- PAESSLER (R. W.). — Sur l'étiologie du mégasigmoïde. *Arch. f. Klin. Chir.* 1935, t. CXXXIII, p. 464-466.

PATEL. — Mégacôlon.

— Rapport au VI^e Congrès National de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie. Toulouse, 22-27 septembre 1910.

— *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, XXXVII, 2^e série, t. VII, octobre 1914, p. 629 à 657.

GAYET et PATEL. — Le traitement du mégacôlon chez l'adulte. *Lyon Chirurgical*, t. V, n^o 3, juillet 1911.

PATEL. — De la valeur thérapeutique de l'exclusion unilatérale du gros intestin. *Libre Jubilaire du Professeur Tixier*, Lyon, 1939.

PAUCHET. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*. Paris 1912, p. 1486.

POOL (F. H.) et JOWAN (F. Mc). — Chirurgie du gros intestin. *American Journal Surgery*, mars 1928, n^o 3, p. 245-261.

RAURAMO. — Mégarectum sigmoïdocôlon de la mère en tant qu'obstacle à l'accouchement. *Zentr. F. Gynak.* 21 décembre 1935, t. LIX, p. 3026-3030.

ROUX. — Anémie pernicieuse et dolicho-mégacôlon. *Archives des maladies de l'Appareil digestif*. Nov. 1936, n^o 9, p. 1077-1085.

ROHMER et A. VALETTE. — Pathogénie du mégacôlon. *Presse Médicale*, 98, 7 décembre 1938, p. 1803.

ROBERTSON (Toronto). — Traitement du mégacôlon par sympathectomie. *Annals of Surgery*. Vol. XCIV, n^o 4, octobre 1931, p. 670-676.

ROUX, BERGER (J. L.). — Anus à éperon sur le côlon ascendant (Procédé de du Bouchet). *Académie de Chirurgie*, séance du 1^{er} avril 1936. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 1936, n^o 12, t. LXII, p. 513-514.

RAZEMON et GARRAUD. — Résection en un temps avec suture extériorisée d'un dolicho-mégacôlon pelvien. *Echo Médical du Nord* (Seillé), t. VI, n^o 36, 6 septembre 1936.

- SHELLEY. — Dilatation du côlon après un anévrysme de l'aorte. *Annals Surgery*, février 1939, t. CIX, n° 2, p. 257-562.
- SUERMONT (W. F.). — Le traitement du mégacôlon congénital (maladie de Hirschprung) par sympathectomie. *Journal Belge Gastro-Entérologie*, avril 1937, t. 5, n° 4, p. 293-305.
- SEILLÉ. — Pathogénie et traitement du mégacôlon. *Thèse* Paris 1929.
- SANTY et CORAJOD. — Deux cas de colectomie totale pour mégacôlon. *Société de Chirurgie de Lyon*. Séance du 14 novembre 1935, p. 190-193. *Lyon Chirurgical*, t. 33, n° 2, mars-avril 1936.
- SAVIGNAC. — Le mégacôlon. *Bulletin Médical*, an. XLIII, n° 40, 21 septembre 1929.
- SENCERT et R. SIMON. — Un cas d'occlusion intestinale par mégacôlon chez une jeune femme enceinte de 4 mois. Entérostomie puis hémicolectomie. Guérison. *Bulletin et Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, Paris, XLVIII, 1922, 22 février, p. 267.
- Deux cas de mégacôlon guéri par colectomie. *Archives Franco-Belges de Chirurgie*, t. XXV, n° 6, mars 1922, p. 493.
- SUAREZ. — Traitement du mégacôlon chez l'enfant. *Thèse* Paris, 1921.
- STABINI, MORTON et SCOTT. — Rachianesthésie dans le traitement du mégacôlon et de la constipation opiniâtre. *American Journal of Surgery*, janvier 1935, p. 107.
- VAHN et LAZAREVIC (Novi-Sad, Yougoslavie). — Mégacôlon congénital guéri par la résection en deux temps à la manière de Hochnegg-Langemak. *Zentralblatt. für Chirurgie*, t. LVI, n° 12, 23 mars 1929, p. 729-733.

- WILLY HOCKER (Stockeran). — Sur un cas d'iléus pour étranglement retroperitonéal du côlon ascendant. *Zentralblatt für Chirurgie*, t. 64, n° 49, décembre 1937, p. 2786.
- WEINSTEIN M. (Long Island City). — Volvulus du cæcum et du côlon ascendant. *Annals of Surgery*, vol. 107, n° 2, février 1938, p. 248-259.
- WANSCHER Kolding. — Un cas de mégacôlon congénital traité par la résection du nerf présacré. *Hospitalstidende*, an. 79, n° 22, 2 juin 1936, p. 596-608.
- ZACHARY SAGAL. — Mégacôlon chez l'adulte. *Medical Journal and Record New-York*, vol. CXXIX, n° 4, 20 février 1929.
- ZENDER. — Formation d'un mégacôlon après anastomose du gros intestin pour constipation chronique. *Zentralblatt für Chirurgie* (Leipzig), an. 62, n° 9, 2 mars 1935.
- (Darmstadt). — Développement d'un mégacôlon après anastomose du gros intestin pour constipation chronique. *Zentralblatt für Chirurgie*, t. 62, n° 11, 16 mars 1935, p. 638-640.

TABLE DES MATIERES

Introduction	17
Rappel historique	19
<i>Chapitre premier. — NOTIONS ÉTIOLOGIQUES, ANA-</i>	
<i>TOMO-PATHOLOGIQUES ET PATHOGÉNIQUES</i>	21
— Evolution des théories pathogéniques	27
— Les théories de la dilatation symptomatique.	28
— Les théories neuro-musculaires	30
<i>Chapitre II. — ETUDE GÉNÉRALE DU TRAITEMENT CHI-</i>	
<i>RURGICAL DES MÉGACÔLONS</i>	35
— Le mégacôlon localisé au côlon droit	41
<i>Chapitre III. — LE TRAITEMENT CHIRURGICAL CHEZ</i>	
<i>L'ENFANT</i>	45
— Le traitement médical	47
— L'exclusion unilatérale du gros intestin	48
— Les interventions d'exérèse	51
— Observations	53
— Les interventions s'efforçant de réaliser un traitement étiologique	60
— Les différences techniques des interventions neuro-chirurgicales	63
— Opérations musculaires	65
<i>Chapitre IV. — LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DU MÉ-</i>	
<i>GACÔLON DROIT CHEZ L'ADULTE</i>	67
— Observation	69

— Les opérations palliatives. — Anastomoses avec exclusion	73
— Les méthodes d'extirpation	75
Conclusions	77
Bibliographie	79



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

°° °° °° IMPRIMEURS-ÉDITEURS °° °° °°

°° **42, QUAI GAILLETON, 42** °°

°° °° °° °° **LYON** °° °° °° °°





